



Einsender:

Dr. med. P. Isler
Dr. med. A. IslerDr. med. A. Sattler
Dr. med. M. MosimannDr. phil.-nat. B. Mani
Dr. sc. nat. A. JaegerDr. sc. ETH R. Graf
V. Lutz, MSc

Name

Geburtsdatum

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Kopie an:

Verschreibende / r Ärztin / Arzt:

Bitte benachrichtigen Sie uns per:

☐ Telefon

Rechnung an:

☐ Kasse/Patientin ☐ Auftraggeber ☐ Selbstzahler☐ 1. Trimester-Test ☐ Präeklampsie-Screening

Angaben zur Patientin und zur Schwangerschaft

Für die biochemische Bestimmung wurde Serum entnommen am: ____ . ____ . ____ um ____ : ____ Uhr

Ethnische Herkunft

- ☐
- Europäisch + Nordafrikanisch
- ☐
- Afro-Karibisch
-
- ☐
- Südostasiatisch (Indonesien, Malaysia, Thailand, Vietnam)
-
- ☐
- Ostasiatisch (China, Japan, Korea)
- ☐
- Südasiatisch (Bangladesch, Indien, Pakistan)
-
- ☐
- andere _____

Diabetes mellitus

- ☐
- nein
- ☐
- ja:
- ☐
- Typ 1
-
- ☐
- Typ 2
- ☐
- Gestationsdiabetes
-
- ☐
- diätetisch
- ☐
- insulinabhängig
- ☐
- diätetisch
- ☐
- insulinabhängig

Anomalien in früheren
Schwangerschaften

- ☐
- nein
-
- ☐
- ja, Geburt(en) oder Abort(e) mit:
-
- ☐
- Trisomie 21
- ☐
- Trisomie 18
- ☐
- Trisomie 13
- ☐
- Neuralrohrdefekt
- ☐
- Abort unbekannter Ursache
-
- ☐
- andere Anomalien: _____

Gewicht der Schwangeren ____ kg

Grösse der Schwangeren ____ cm

Raucherin

- ☐
- nein
- ☐
- ja, Anzahl Zigaretten: ____ Stück/Tag

Gravidität nach IVF/ICSI

- ☐
- nein
- ☐
- ja: Datum der Eizellentnahme: ____ . ____ . ____
-
- Datum der Eizellspende: ____ . ____ . ____
-
- ☐
- falls Spende, Geburtsdatum der Eizellspenderin: ____ . ____ . ____
-
- Befruchtungsdatum: ____ . ____ . ____
-
- Transferdatum der befruchteten Eizelle: ____ . ____ . ____

Ultraschall

Durchgeführt am: ____ . ____ . ____

Scheitel-Steiss-Länge ____ . ____ mm Fet 1
(SSL 45 – 84 mm)

Scheitel-Steiss-Länge ____ . ____ mm Fet 2

Nackentransparenz (NT) ____ . ____ mm Fet 1

Nackentransparenz ____ . ____ mm Fet 2

Anzahl Feten

Bei Zwillingsschwangerschaft ☐ dichorial-diamnial ☐ monochorial-monoamnial ☐ monochorial-diamnial
Schwindender Zwilling: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Wichtig:

Eine umfassende Information der Schwangeren über diese pränatale Untersuchung und mögliche Konsequenzen ist erforderlich. Eine Einverständniserklärung der Patientin wird vorausgesetzt.

Präanalytik:

Die Blutprobe nach vollständiger Gerinnung zentrifugieren, das Serum abtrennen und im Kühlschrank aufbewahren. Das Serum muss am Entnahmetag gekühlt im Labor eintreffen. Ansonsten muss das Serum eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt tiefgekühlt ins Labor transportiert werden.

Essenzielle ergänzende Angaben für das Präeklampsie-Screening

Bitte die anamnestischen Angaben auf der Vorderseite ebenfalls komplettieren!

Anamnese

Parität _____

Vorausgegangene Schwangerschaft(en):

• Jahre zwischen letzter Geburt und errechnetem Geburtstermin: _____

• Spontane Geburt(en)

• Entbindung(en)

• Vorausgegangene Zwillingschwangerschaft

• Frühere Schwangerschaft mit Präeklampsie

• Vorheriges Baby

Anzahl in SSW 16 – 30: _____

Anzahl in SSW 31 – 36: _____

Anzahl in oder nach SSW 37: _____

☐ ja ☐ nein

☐ ja ☐ nein

GA bei Geburt (W+T): _____ Geburtsgewicht: _____ g

Chronische Hypertonie

☐ ja ☐ nein

Systemischer Lupus erythematoses

☐ ja ☐ nein

Anti-Phospholipid-Syndrom

☐ ja ☐ nein

Präeklampsie bei der Mutter der Schwangeren

☐ ja ☐ nein

Konzeption

☐ spontan ☐ Auslösung des Eisprungs ohne IVF

Blutdruck

Durchgeführt am: ____ . ____ . ____

Bitte jeweils 2 Messungen (siehe **Anleitung zur Blutdruckmessung**)

Linker Arm

RR systolisch 1 _____ mmHg

RR diastolisch 1 _____ mmHg

RR systolisch 2 _____ mmHg

RR diastolisch 2 _____ mmHg

Rechter Arm

RR systolisch 1 _____ mmHg

RR diastolisch 1 _____ mmHg

RR systolisch 2 _____ mmHg

RR diastolisch 2 _____ mmHg

Anleitung zur Blutdruckmessung

1. Das Blutdruckgerät muss zertifiziert sein für Messungen in der Schwangerschaft!
2. Die Blutdruckmessung muss im Ruhezustand und in halb liegender Position mit Blutdruckmanschette etwa auf Herzhöhe durchgeführt werden (daher Blutentnahme für die biochemische Messung erst danach durchführen).
3. Den Blutdruck 1x am rechten Arm messen, anschliessend 1x am linken Arm, direkt danach nochmals je 1x rechts und 1x links messen. Aus diesen Messungen wird der gemittelte Druck* bestimmt und für die Risiko-Berechnung eingesetzt.

* mean arterial pressure: $MAP = (2 \times \text{diastolischer} + 1 \times \text{systolischer BD}) : 3$

Fakultativ

Die Berechnung des Präeklampsie-Risikos kann auch ohne Doppler-Sonographie erfolgen. Konsequenz ist eine gewisse Reduktion in der Test-Sensitivität (s. SGGG Expertenbrief). Für die Durchführung dieser Doppler-Sonographie ist eine Zertifizierung empfehlenswert.

Ultraschall

Doppler-Sonographie der Arteria uterina

A. uterina PI links _____

A. uterina PI rechts _____